

## ទម្រង់សំវាប់បណ្ឌិ៍នគ្គល់ត្រា

បំពេញ ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ បើសិនជាមួកដាក់បណ្ឌិ៍នគ្គល់ត្រា ឬបណ្ឌិ៍សារទូរជាមួយនឹងផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ហើយ:

- អ្នកមិនពេញចិត្តជាមួយនឹងសេចក្តីសំរាប់សំខាន់ការសុខភាពរបស់អ្នក ឬ
- អ្នកមិនបានទទួលសេចក្តីសំរាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកឡើងរហូង 30 ថ្ងៃ ។

បើសិនជាមួកចង់ផ្តល់ ឲ្យជនិត្យាសាម្ងាត់ដោយអ្នក តើអ្នកអាចធើមីនីមួយៗ ឬអ្នកអាចធើមីនីមួយៗ ដែលអ្នកចង់ដឹងដោយ ។

ខើសលក្ខិណ្ឌរបស់អ្នកអាចធើមីនីមួយៗ សូមទូរស័ព្ទមកម្មលីមណូលដីនូយ HMO តើមីនីមួយៗ ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខទាំងនេះ តើមិនមានអស់ថ្ងៃទេ ។

1-888-466-2219

TDD 1-877-688-9891

### ព័ត៌មានអ្នកជី

នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល- សង្គម \_\_\_\_\_ នាមគ្រួយល \_\_\_\_\_

ឈ្មោះមាតាបិតា ឬអ្នកអាណាព្យាតាល បើសិនជាដាក់បីនឹងសំវាប់អនិតិជន \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីត្រួង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ សីបុរី \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ # \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលយប់ # \_\_\_\_\_

ឈ្មោះដែនការសុខភាព \_\_\_\_\_

លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជី \* \_\_\_\_\_ ថ្ងៃកំណើតរបស់អ្នកជី (ខែ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ Medical Group \* \_\_\_\_\_ លេខ Medical Group \* \_\_\_\_\_

\* នៅលើប័ណ្ណភាពរបស់អ្នក

1. តើអ្នកមានប័ណ្ណ Medi-Cal ឬទេ?  បាន/បាន់  ទេ

2. តើអ្នកមាន Medicare ឬ Medicare Advantage ឬទេ?  បាន/បាន់  ទេ

3. តើអ្នកដាក់តាក្យ បណ្ឌិ៍នគ្គល់ត្រា ឬបណ្ឌិ៍សារទូរជាមួយផែនការសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ?  បាន/បាន់  ទេ

4. តើផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបានបំពេញរបស់អ្នកឬប៉ុណ្ណោះ?  បាន/បាន់  ទេ

5. ចូរណូលទៅការគ្គល់ត្រា ឬបណ្ឌិ៍នគ្គល់ត្រាដែលបានដោយអ្នក ហើយ បើចាំបាច់  
ជាជាតាបារណី: តើសេវាកម្មមីនីមួយៗដែលអ្នកចង់បានពីផែនការសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់ការបំនើរបស់អ្នក?

តើមានមីនីមួយៗដែលអ្នកចង់បានពីផែនការសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់ការបំនើរបស់អ្នក?

តើបញ្ហាសារិកយប់គ្រឿងដែលអ្នកមានជាមួយផែនការសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់ការបំនើរបស់អ្នក?

**មានភ្លាប់ទៅតុលាករណីនៃយោងជាមួយបូឌី?**  បាន/បានសំ  ទេ

□ ບາງ/ບາສ<sup>+</sup> □ ເຮ

ហត្ថលេខាអកិដ ឬ បុមាណាបីកា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ផ្ទើករដ្ឋបាល និងកសារភ្នែកបំណង តាមសំបុត្រ ឲ្យ ផ្ទើតាមទូរសារទេ: Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241

## ទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកជំនួយ

- បើសិនជាមួកចង់ផ្តល់ទួលិនណាម្នាក់ថែរីនឡើតមួយអំណាចដើម្បីថ្លែងក្នុងពីនិត្យ ឬក្នុងការបង្កើតសាស្ត្រឱករាជ (IMR) ឬ បណ្ឌិ៍នគ្មាន ភ្នាព្យាបំពេញ ផ្ទៃក A ឬនៃផ្ទៃក B ។
  - បើមួកជាមាតាបិតា ឬជាមួកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់បំពេញទម្រង់ IMR បុការគ្មានផ្តល់សំរាប់ក្រុងក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ មួកមិនចាំបាច់ត្រូវតែបំពេញទម្រង់នេះទេ ។
  - បើមួកបំពេញទម្រង់ IMR នេះ បុការគ្មានផ្តល់សំរាប់មួកដីនឹងផលមិនអាចបំពេញទម្រង់នេះដោយសារមួកដីនឹងអសមត្ថភាព ឬពិការ ហើយមួកមានអំណាចស្របច្បាប់បំពេញត្រូវនានាដីសរប់មួកដីនឹងនេះ សមបំពេញតែផ្ទៃក ផ្ទៃក B ប៉ុណ្ណោះ ។ ម៉ោងឡើតសម្រាប់ សំណោះចំនួនមួយច្បាប់ នៃបិទិត្រប្រគល់សិទ្ធិអំណាចសំរាប់សេចក្តីសំរួចការថែរក្សាសុខភាព បុសំណុំកសារធ្វើឱ្យតែផលិតយាយថាមួកអាចធ្វើឱ្យសេចក្តីសំរាប់សំរាប់មួកដីនឹង ។

## ផ្នែក A: អ្នកជំងឺ

ខ្លួនយល់ថា មានពេកកំពើមានទាក់ទងឡានីដៃ IMR បុគ្គលិក ត្រូវរួចរាល់ជាប្រធានបែកក្រោម។

ការយល់ព្រមរបស់ខ្លួនដឹងយោងទៅថា ស្ថិតិគិត ហើយខ្លួនមានសិទ្ធិបញ្ចប់វា ។ បើខ្លួនចង់បញ្ចប់វីរោះ ខ្លួនគឺធ្វើឡើងជាលាយលកណីអក្សរ ។

ហត្ថលេខាបរិស់មាតាបិតា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

## ផ្នែក B: ជនដែលជួយអ្នកជីវិត

ເຮັດວຽກ: ເນື້ອງມີລາຍລະອຽດ ອະນຸຍາກ

ທັດເລບາຜົນເສີມຜູ້ຍຸ

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ \_\_\_\_\_

ទ្វារសំណើទាក់ទងពេលប៉ូល # \_\_\_\_\_

ទ្វារសំណើទាក់ទងពេលយប់ # \_\_\_\_\_

## សេចក្តីផ្តល់ជំនួយច្បាប់ \*

ច្បាប់អំពី Knox-Keene Act នៃរដ្ឋ California ផ្តល់ឱ្យក្រសួងផ្ទៀងផ្ទាត់គ្រប់គ្រងថែរក្សាសុខភាព [(Department of Managed Health Care) (DMHC)] នូវអំណែងសាក់បទបញ្ជាផលដែលការសុខភាព និងសៀវភៅអង្គភាពមានបណ្ឌិ៍ត្បាត់របស់សមាជិកដែលការសុខភាព ។

- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ HMO របស់ DMHC ប្រើបានផ្តល់ខ្លួនរបស់អ្នកដើម្បីសៀវភៅអង្គភាពបញ្ហាបស់អ្នកជាមួយនូវដែលការ សុខភាព ហើយ ដើម្បីផ្តល់ការពិនិត្យ ឡើងវិញ ផ្ទៀងផ្ទាត់សារស្ថាបនការ ។
- អ្នកត្រួតព័ត៌មាននេះមកយើងដោយស្ថាំត្រួតព័ត៌មាននេះមកយើងទេ ។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវកែត្រួតព័ត៌មាននេះមកយើងទេ ។
- កើតូចនេះ បើសិនជាអ្នកមិនត្រួតព័ត៌មានមក ឬយើង យើងកើតូចបានមានលទ្ធភាពសៀវភៅអង្គភាពបណ្ឌិ៍ត្បាត់របស់អ្នក ឬត្រួតព័ត៌មាននេះមកយើង ។
- យើងអាចចិត្តការបែកព័ត៌មានផ្តល់ខ្លួនរបស់អ្នក តាមត្រូវការ ជាមួយដែលការសុខភាព និងរៀបចំបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការពិនិត្យ ឡើងវិញ ផ្ទៀងផ្ទាត់សារស្ថាបនការ ។
- យើងអាចចិត្តការបែកព័ត៌មានផ្តល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងារផ្តល់ព័ត៌មានការកំរើ ឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្តល់ខ្លួនរបស់អ្នក ។ ដើម្បីធ្វើឯ្យេង សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលផ្ទៀងផ្ទាត់របស់ DMHC អាសយដ្ឋាន DMHC, Office of Legal Services, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727 ។

\* ច្បាប់ដែលកំរើសេចក្តីផ្តល់ជំនួយនេះគឺការអនុវត្តច្បាប់ព័ត៌មាននៃឆ្នាំ 1977 (California Civil Code Section 1798.17) ។